

付表3 生活介護事業所の指定に係る記載事項(主たる事業所)

		分類	障害者支援施設 ・ その他								
事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(〒 -) 札幌市 区									
	連絡先	電話番号 ()	F A X 番号 ()								
		代表メールアドレス									
管理者	フリガナ			住所	(〒 -) 市 区 郡 町・村						
	名前										
	当該生活介護事業所で兼務するほかの職種(兼務の場合のみ記入)										
	兼務①	同一敷地内 ・ 上記以外	事業所等の名称及び種別								
			兼務する職種 及び勤務時間帯	AM・PM : ~ AM・PM :							
兼務②	同一敷地内 ・ 上記以外	事業所等の名称及び種別									
		兼務する職種 及び勤務時間帯	AM・PM : ~ AM・PM :								
管理サービス責任者	フリガナ			住所	(〒 -) 市 区 郡 町・村						
	名前										
		兼務	宿泊型自立訓練 ・ 自立生活援助 ・ 共同生活援助 ・ 大規模事業所 AM・PM : ~ AM・PM :								
従事者の種類・員数		医師		看護職員		理学療法士		作業療法士		生活支援員	
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務	
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
		サービス管理責任者		機能訓練指導員		精神保健福祉士					
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務	
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
前年度の障害支援区分人数(人) ※新規の場合は推定人数		区分2(50歳以上)		区分3		区分4		区分5		区分6	
平均障害支援区分											
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等						第 条 第 項 第 号					
主な揭示事項											
営業日											
営業時間											
サービス提供時間											
主たる対象者		特定無し ・ 身体障がい者 (細分無し・肢体不自由・視覚障がい・聴覚・言語・内部障がい) 知的障がい者 ・ 精神障がい者 ・ 難病等対象者									
消防設備		消火器 ・ 自動火災報知設備 ・ 火災通報装置 ・ スプリンクラー									
利用定員		人 (単位ごとの定員) (① ②)									
多機能型実施の有無		無 ・ 有 (事業種別 :)									
その他の費用											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況				している ・ していない					
		苦情解決の措置概要				窓口(連絡先)		()			
						担当者					
		その他									
協力医療機関		名称						主な診療科名			
一体的に管理運営を行う他の事業種別											